Aus der Chirurg. Universitäts-Klinik Breslau
Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. H. Küttner

Das Lipom der Fußsohle

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Paul Widok
in Waldenburg

Waldenburg i. Schles. 1924
Richard Blankenstein, Verlag u. Kunstdruckerei, Waldenburg Schl., Sandstr. 1a

Gedruckt mit Genehmigung
der medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

---

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Weil
2. Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. H. Küttner

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Das Lipom der Fußsohle ist eine seltene Fettgeschwulstbildung. Lücke und Busch leugneten sogar sein Vorkommen. Kleinknecht hat statistisch 18 Fußsohlenlipome zusammengestellt. Ich habe diese Zahl auf 22 erweitert.

Im Vergleich zu den Lipomen an anderen Körperstellen bieten die Lipome an der Fußsohle wenig Besonderheiten. Aetiologisch wäre wohl für diese Lipome am ansprechendsten Virchows Theorie der angeborenen oder erworbenen Praedisposition. Ausführliches hierüber siehe meine Arbeit.

Es gibt an der Fußsohle subkutane und tiefgelegene, subfasciale und intermuskuläre Lipome. Die subkutanen Lipome sind ganz außerordentlich selten und intramuskuläre Lipome an der Fußsohle sind bisher noch nicht beobachtet worden. Die Lipome können diffus oder circumscript sein. Am häufigsten werden subfasciale, circumscripte Lipome beobachtet. Da die Plantarfascie bei Erwachsenen dem Wachstum einen großen Widerstand entgegensetzt, quillt dieses durch die Tarsal- und Metatarsalknochen gewöhnlich nach dem Dorsum und erweckt hier den Eindruck einer primären Geschwulst. Ebenso ist ein Wachstum dieser subfascialen Lipome nach dem Innen- und Außenrande des Fußes und in die Gegend des I. und II. Metatarsophalangealgelenkes häufig, weil hier die Widerstände der Fascie am geringsten sind. Durch entzündliche Prozesse können diese Lipome mit der Haut verwachsen und so primär subkutane Geschwülste vortäuschen. Bei Kindern kann wegen der geringen Spannung der Plantarfascie das Fußgewölbe ausgeglichen werden. Der größte Teil der Fußsohlenlipome war angeboren. Diffuse Lipombildung des Fußes ist bisher nur angeboren beobachtet worden. Patholog. anatom. besteht keine Besonderheit zwischen den Lipomen der Fußsohle und denen des übrigen Körpers. Es sind bisher Fibrolipome und Angiolipome beobachtet worden, ferner wegen der

dauernden Insulte eitrige, eitrig-jauchige Erweichung und Geschwürsbildung. Das klinische Bild wird beherrscht von dem durchaus chronischen Verlauf der Geschwulst, der mehr oder weniger starken Behinderung beim Gehen und den Kompressionserscheinungen der Nerven und Knochen.

Different. diagnostisch kommt wohl in allererster Linie das Sehnenscheidenhygrom in Frage. Eigenartiges Krepitieren, die Wachstumsrichtung, indem die Lipome oftmals nach dem Dorsum durchwachsen, die Hygrome sich längs der Sehnenscheiden halten, die Kenntnis der Topographie der Sehnenscheiden und schließlich die Probepunktion schützen vor diagnostischen Irrtümern. Bei eintretenden Beschwerden kommt als Therapie nur die Extirpation in Frage. Alkohol- oder Ätherinjektionen sind wegen der Unzuverlässigkeit und der reichen Verzweigung des Fußsohlenlipomes zu verwerfen.